

須坂市自立支援教育訓練給付金支給申請書（追加支給用）

年 月 日

申請者氏名

須坂市自立支援教育訓練給付金の支給を受けたいので、須坂市自立支援教育訓練給付金事業実写
施要綱第7の規定により、申請します。

氏名		生年月日	年 月 日
住所			電話 — —
教育訓練施設名			
教育訓練講座名			
教育訓練期間	年 月 日（受講開始日）～ 年 月 日（受講修了日）		
資格取得年月日	年 月 日	取得資格名称	
就職等年月日	年 月 日	就職等先名称	
事業主の証明	就業先住所		就業先電話番号 — —
	上記申請者は、当事業所において雇用していることを証明する。 年 月 日 事業主氏名 (法人の場合 名称・代表者名)		
所要費用	入学料	円 受講料	円 合計 円
雇用保険法による 教育訓練給付金の 受給額	円	自立支援教育 訓練給付金の 受給額	円
給付金振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通・当座		
口座番号			
口座名義	フリガナ		

- 支給申請期間は、受講修了し、当該教育訓練に係る資格の取得をし、かつ、当該教育訓練を修了した日の翌日から起算して1年以内に就職等した日（専門実践教育訓練給付金の支給を受けることができる受給資格者については、専門実践教育訓練給付金の支給額が確定した日）から起算して30日以内です。
- 資格を取得したことを証明する書類の写し（合格証等）を添付してください。
- 事業主の証明欄については、就職等した日及びその事業所名等を記載した上で、雇用主の証明を受けてください。その他の書類によって就職等した日及びその事実が証明できる場合は、証明欄を省略することが可能です。